

La calidad en las pruebas de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana. Pensando en el paciente

(Quality of diagnostic test for HIV. Thinking of the patient)

Sr. Director:

Tras la lectura del trabajo, recientemente publicado, sobre la realización de las pruebas de detección de los anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (anti-VIH) en los laboratorios de Cataluña¹, nos ha parecido interesante aportar dos reflexiones relacionadas con estas pruebas.

La primera hace referencia a una de las prácticas incorrectas detectadas en el trabajo citado: solicitar una segunda extracción para confirmar una prueba de cribado positiva.

Además de las consecuencias negativas que señalan los autores, realizar una prueba de cribado sin confirmación nos parece éticamente reprochable, ya que supone someter a estos pacientes a una situación de angustia e incertidumbre de consecuencias difíciles de predecir, que se podría evitar realizando una prueba de confirmación sobre la misma muestra, puesto que dado el escaso valor predictivo positivo de la prueba, relacionado con la baja prevalencia de la infección², ésta tiene un elevado número de falsos positivos.

La segunda hace referencia a las pruebas que se realizan en centros privados a iniciativa del paciente, sin que intervenga ningún médico ni antes ni después de que ésta se efectúe en el laboratorio. Creemos que esta práctica puede provocar errores tanto en la interpretación de los resultados como en la seguridad que dicha prueba ofrece al paciente.

De hecho, en el mes de septiembre de 2003 atendimos en nuestro centro a un paciente que, tras realizarse por iniciativa propia las pruebas del VIH en un hospital privado, entendió que el resultado era negativo cuando realmente estaba infectado.

La confusión se debió a que en el informe del laboratorio constaba «Ac. anti-VIH reactivo», y junto a él se recogía el valor de referencia de la prueba («negativo»), y a que el informe se entregó sin que nadie le explicara el resultado al paciente. No se le realizó ninguna prueba de confirmación, algo frecuente en los centros privados, y se añadía «Se recomienda estudio de confirmación mediante Western-blot». En resumen, un texto complicado para que el paciente lo pueda interpretar correctamente.

En cuanto a la seguridad de la prueba, hemos de recordar que muchas de las consultas que atendemos en nuestro centro hacen referencia a prácticas de riesgo incluidas dentro del «período ventana» de las pruebas diagnósticas, por lo que la ausencia de información sobre esta circunstancia

puede llevar al falso convencimiento, ante un resultado negativo, de que no ha habido infección en pacientes contagiados recientemente.

Entendemos que la ausencia de una consulta médica a la hora de solicitar la prueba tiene, además de estas consecuencias graves y paradójicas, otros problemas significativos, como la ausencia de información y consejo antes y después de la prueba³, y la falta de ayuda a la hora de afrontar un resultado positivo.

Si el paciente solicita de forma directa la prueba y no ha sido remitido por ningún médico, sólo el analista puede transmitir la información que siempre debería acompañar a este tipo de análisis, por lo que el informe del resultado debe ser claro, completo e inequívoco, y tiene que reflejar si el resultado es «positivo», «negativo» o «indeterminado», con lo que se evita la inclusión de los términos «reactivo», «no reactivo» o similares, y se puede omitir el «negativo» del valor de referencia de la prueba.

En caso de que sea positivo, se debería confirmar con una prueba adecuada. Si por algún motivo excepcional no se puede realizar la confirmación, debería hacerse constar la necesidad de hacerlo, recomendando al paciente que se ponga en contacto con un médico para valorar la situación.

En el caso de que sea indeterminado, debería añadirse que con este resultado no se puede descartar la infección por el virus del sida, por lo que es necesario consultar con un médico para valorar la situación y repetir la prueba cuando se considere conveniente.

En los resultados negativos, debería añadirse que la prueba no proporciona información sobre las infecciones que hayan podido producirse como consecuencia de prácticas de riesgo recientes, por lo que si en los 3 últimos meses el paciente ha tenido alguna práctica de riesgo, es conveniente repetir la prueba más adelante.

Entendemos que si se incorporan estas sugerencias se podría evitar la angustia injustificada provocada por algunos falsos positivos, la posibilidad de malinterpretar algunos resultados y, por último, que determinados pacientes crean, erróneamente, que la prueba realizada descarta el riesgo de infección tras una práctica de riesgo reciente.

Ignacio Alastrué y Teresa Tasa

*Centro de Información y Prevención del Sida.
Centro de Salud Pública de Valencia. Valencia. España.*

Bibliografía

1. Casado MJ, Rovira A, Blanch C, Casabona J. Grupo de trabajo sobre Garantía de Calidad. Encuesta sobre la realización de las pruebas de detección de los anticuerpos anti-VIH en los laboratorios de Cataluña. *Gac Sanit* 2004;18:8-71.
 2. Ahlbom A, Norell S. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Siglo XXI; 1992.
 3. Thomas Mulet V, Aguado Taberna C, Fidalgo González S, Fransi Clariana L, Gutiérrez Jodra M, Mascort Roca J, et al. Grupo de Infección VIH/sida de la semFYC. La infección por el VIH/sida y atención primaria. *Aten Primaria* 2004;33:3-5.
-